

Uit de kliniek

Chronische rugklachten, pijnrevalidatie en arbeid

H.R. Schiphorst Preuper, J.H.B. Geertzen, M.F. Reneman

CASUS

Dhr. de J., een 48-jarige man, wordt door de huisarts verwezen naar het pijnrevalidatie spreekuur in verband met chronische aspecifieke lage rugklachten. Hij heeft reeds 2 jaar klachten die toenemend leiden tot beperkingen in zijn functioneren. De klachten zijn gelokaliseerd in de lage rug en stralen niet uit naar de onderste extremiteiten. Hij heeft geen uitstralende pijn in een been, constante progressieve pijn, sensibiliteitsstoornissen, krachtsverlies, mictieproblematiek, op de voorgrond staande nachtelijke pijn of koorts. De tractusanamnese is niet bijdragend, hij is gezond. De klachten nemen toe door bukken, tillen en duurbelasting zoals lang staan of lopen. Hij is inmiddels gezien door de orthopeed en de neuroloog. Zij konden geen specifieke oorzaak voor zijn klachten vinden, maar spraken wel over slijtage, hetgeen patiënt ernstig heeft verontrust. Fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie Cesar gaven geen vermindering van zijn klachten en ook pijnmedicatie bracht geen verlichting. Dhr. de J. is van beroep verpleegkundige en zit nu bijna 2 jaar in de Ziektewet. Een poging tot re-integratie mislukte. De WIA-keuring zal op korte termijn plaatsvinden en patiënt dreigt zijn baan te verliezen. Hij maakt zich veel zorgen en ziet zelf geen mogelijkheden met de huidige klachten terug te keren in zijn werk, ondanks het feit dat hij zijn werk erg leuk vindt. Dhr. de J. is gehuwd en heeft drie nog thuiswonende kinderen. Bij revalidatiegeneeskundig onderzoek vinden wij opnieuw geen aanwijzingen voor een specifieke oorzaak van zijn klachten. De revalidatiearts bespreekt met de patiënt de aard van zijn klachten, de doelstellingen van pijnrevalidatie (terugkeer naar normaal belast functioneren en optimale participatie) en neemt in overleg met en in aanwezigheid van patiënt contact op met de bedrijfsarts om te achterhalen of er een mogelijkheid tot re-integratie binnen eigen werk is. Dat lukt.

EPIDEMIOLOGIE

Beperkingen in activiteiten en participatie (waar-

onder werk) ten gevolge van chronische aspecifieke lage rugklachten vormen een groot probleem in de westerse samenleving. Uit een studie onder 3663 Nederlandse inwoners bleek dat bijna driekwart van de populatie van 25 jaar en ouder klachten had van het houdings- en bewegingsapparaat. Lage rugpijn komt in deze groep het meest voor.¹ De primaire economische lasten zijn gelegen in de indirecte kosten ten gevolge van langdurende beperkingen in functioneren. In Nederland wordt een derde deel van het totale ziekteverzuim veroorzaakt door lage rugklachten.²

PIJNREVALIDATIE

Pijnrevalidatie is een niet meer weg te denken therapievorm binnen de behandeling van (chronische) pijnpatiënten. Enkele jaren geleden was er nog sprake van een 'eind van de lijn'-positie, waarbij patiënten pas konden revalideren als alle pijngerichte (para)medische behandelingen waren afgerond. Gelukkig zien we tegenwoordig dat revalidatie steeds vroeger ingezet wordt in de zorg rondom patiënten met pijnklachten. Aangezien pijnklachten lang niet altijd curatief behandelbaar zijn en het voorkomen van verder verlies van functioneren en kwaliteit van leven belangrijk is, is dit een logische en goede ontwikkeling. Pijnrevalidatieprogramma's richten zich dan ook primair op een actieve maatschappelijke participatie van patiënten met chronische pijn. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is er sprake van steeds meer evidentie voor effectiviteit van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijn. Een groot aantal systematische reviews is gepubliceerd met betrekking tot heterogene pijnpopulaties,^{3,5} chronische lage rugklachten,^{6,8} fibromyalgie en myofasciale pijn,⁹ subacute lage rugpijn,¹⁰ nekpijn en schouderpijn.^{11,12} De overall conclusie van deze reviews is dat multidisciplinaire behandelingen effectief zijn in het verbeteren van activiteiten en participatie en algemeen welbevinden, en soms ook in het verminderen van pijn. De meerwaarde van cognitief-gedragsmatige aspecten in relatie tot puur fysiek gerichte trainingsprogramma's wordt benadrukt.¹³ Het feit dat er evidentie bestaat, is eveneens terug te vinden in 'evidence-

LAGE RUGKLACHTEN,
ASPECIFIEKE
PIJNKLACHTEN,
PIJNREVALIDATIE,
ARBEID

based' richtlijnen voor bedrijfsartsen (NVAB-Standaard) en andere behandelaars (CBO-richtlijn Aspecifieke lage rugklachten, KNGF-richtlijn Lage rug en whiplash, de huisartsenstandaard NHG-Lage rug, 2005).

Door de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA) worden bij volwassenen vier niveaus van complexiteit van chronische (a)specifieke pijnklachten van het bewegingsapparaat onderscheiden. WPN I betreft patiënten met verlies aan functioneren bij pijnklachten, langer dan 6 weken bestaand. Onderhoudende psychosociale factoren zijn daarbij niet aanwezig. Bij WPN IV-niveau betreft het patiënten met disfunctioneren bij pijnklachten langer dan 6 weken bestaand. Psychosociale factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol. WPN II en III bevinden zich qua complexiteit tussen I en IV in. De WPN-niveaus geven richting aan de inhoud van het pijnrevalidatieprogramma. Voornamelijk WPN-niveaus II tot en met IV worden behandeld in revalidatiecentra. WPN I en soms ook niveau II worden ook in de eerste lijn behandeld. De behandeling volgens biopsychosociaal model wordt door een interdisciplinair samenwerkend team gegeven. Het doel van al deze behandelingen is terugkeer naar een optimale participatie in de maatschappij. In veel gevallen behoort daartoe ook het functioneren in werk.¹⁴

Binnen een pijnrevalidatieprogramma worden vier fasen onderscheiden:^{14,15}

Screeningsfase: eerste beoordeling of pijnrevalidatie geschikt is voor het probleem van de patiënt.

Observatiefase: brede inventarisatie van het pijnprobleem en opstellen doelen en behandelplan.

Behandelfase: uitvoeren behandelplan; aanleren en toepassen van vaardigheden.

Nazorgfase: begeleiden van patiënt in het blijvend toepassen van aangeleerde vaardigheden op langere termijn.

Screeningsfase

In de eerste plaats moeten specifieke oorzaken van de klachten die een andere behandeling dan revalidatie behoeven worden uitgesloten. In de anamnese van de patiënt met lage rugklachten wordt daarbij gelet op de volgende rode vlaggen: uitstralende pijn in een been, koorts, nachtelijke pijn, ochtendstijfheid en pijn, gewichtsreductie, sensibiliteitsproblemen, mictiestoornissen, con-

stante progressieve pijn, voorgeschiedenis met trauma, steroïdgebruik, maligniteit, debuit van klachten beneden de 20 of boven de 55 jaar.¹⁶ Met behulp van lichamelijk onderzoek en zo nodig aanvullende diagnostiek sluit de revalidatiearts specifieke oorzaken voor het rugpijnprobleem uit. Vervolgens wordt gekeken of de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria voor een pijnrevalidatieprogramma. Indicaties voor het behandelprogramma zijn pijnklachten van het bewegingsapparaat met als gevolg beperkingen in functioneren. Daarnaast moet de patiënt goed gemotiveerd zijn voor deze behandeling, er moet een duidelijke hulpvraag zijn, geen verdere diagnostiek of behandeling elders meer plaatsvinden, en er is geen comorbiditeit die revalidatiebelemmerend werkt (bijv. een ernstige psychiatrische aandoening). De patiënt moet voldoende leer- en trainbaar zijn.

Observatiefase

Wanneer een patiënt wordt aangemeld voor een revalidatieprogramma, wordt dit voorafgegaan door een observatie door het revalidatieteam volgens biopsychosociaal model. De fysiotherapeut beoordeelt de balans tussen belasting en belastbaarheid door middel van belastbaarheidstests, bijvoorbeeld fiets- en tilttests. Daarbij worden ook pijngedrag, copingstrategieën en bijvoorbeeld bewegingsangst in kaart gebracht. De ergotherapeut brengt in een semigestructureerd interview samen met de patiënt de dagelijkse activiteiten en de ervaren beperkingen daarin in kaart en de doelstellingen te aanzien van het gewenste niveau van functioneren. De psycholoog maakt gebruik van vragenlijsten en een semigestructureerd interview om psychosociale distress, copingstrategie, cognities en eventuele bewegingsangst in kaart te brengen. Wanneer er problemen of beperkingen in werk aanwezig zijn, wordt een functional capacity evaluation verricht. Voor een patiënt met lage rugklachten wordt daarbij gebruikgemaakt van een beperkt

- | In Nederland wordt een derde van het arbeidsverzuim veroorzaakt door lage rugklachten.
- | Bij chronische pijnklachten van het bewegingsapparaat met beperkingen in functioneren dient men een multidisciplinair pijnrevalidatieprogramma als behandeling te overwegen.
- | Multidisciplinaire pijnrevalidatie moet tijdig worden ingezet om blijvende beperkingen in functioneren bij patiënten met chronische pijnklachten zo veel mogelijk te voorkomen.

aantal gestandaardiseerde tests die elk een arbeidsrelevante activiteit meten: laag tillen, statisch en dynamisch gebogen werk en repetitieve romprotaties.¹⁷

Naar aanleiding van de observatie wordt tijdens het interdisciplinaire teamoverleg een duidelijk beeld verkregen van de functionele analyse van de klachten en het functioneren met de klachten en kunnen gezamenlijk met de patiënt de behandeldoelen worden geformuleerd.

Behandelfase

In de pijnrevalidatie wordt interdisciplinair gewerkt, dat wil zeggen dat revalidatiearts, fysiotherapie, ergotherapie, psychologie en maatschappelijk werk intensief samenwerken waarbij de doelstellingen van de patiënt centraal staan. Hoe de behandeling wordt ingericht, is per patiënt verschillend en in hoge mate afhankelijk van de uitkomsten van de functionele analyse. Indien nodig wordt aan algemene reconditionering gewerkt. Ook kan aandacht worden besteed aan de cognities van de patiënt over zijn klachten (bijv. angst voor bepaalde bewegingen of belasting) en de manier waarop de patiënt met zijn klachten omgaat (copingslijl: bijv. vermijding of juist geneigd zijn tot overbelasting). Andere behandelingstechnieken die kunnen worden toegepast, zijn exposure, graded activity, ergonomie, ontspanningstherapie/myofeedback, cognitieve therapie, sociaalvaardigheidstraining, motiverende technieken.¹⁴ Binnen de behandeling ligt het accent sterk op zelfredzaamheid ten aanzien van de klachten en het weer oppakken van dagelijkse activiteiten en werk. Daarbij is het van groot belang dat de patiënt al vroeg in de behandeling contact met de bedrijfsarts en leidinggevende opneemt om de doelen en het proces van werkherhvatting af te stemmen.

Over het algemeen wordt de behandeling poliklinisch gegeven met een frequentie van twee keer per week (2 tot 3 uur) en een behandelduur van circa 3 maanden.

Nazorgfase

Deze fase is gericht op recidiepreventie en bestaat over het algemeen uit een controle circa 3 maanden tot 1 jaar na het beëindigen van de behandeling door een aantal leden van het behandelteam. In deze fase rapporteert de patiënt hoe de stand van zaken is en of het geleerde wordt toegepast in de dagelijkse praktijk. Daar waar nodig kan dan worden bijgestuurd en kunnen adviezen worden gegeven.

VERVOLG CASUS

Na overleg met de bedrijfsarts is de hoofddoelstelling van de behandeling, terugkeer in eigen werk, duidelijk geworden en wordt de patiënt aangemeld voor pijnrevalidatie. Uit de observatie door het gehele pijnteam komt naar voren dat de volgende belemmerende factoren voor normaal belast functioneren aanwezig zijn: deconditionering ten gevolge van de vermijdingsspiraal waar patiënt in terecht is gekomen; zijn cognities (patiënt denkt dat door werkherhvatting zijn slijtageklachten erger zullen worden) en zijn copingstijl (vermijding). Ook kan hij op zijn werk moeilijk nee zeggen waardoor er nogal eens extra beroep op hem wordt gedaan. De behandeling wordt gestart en is gericht op verbeteren van inzicht in zijn klachten (cognities), verandering van een passieve naar een actieve copingstijl, verminderen van bewegingsangst (i.r.t. slijtage) en verbeteren van assertiviteit. In overleg met de bedrijfsarts maakt dhr. de J. een tijdcontingent opbouwschema voor zijn werk en de opbouw in werk wordt vanuit het team begeleid. Patiënt bouwt op, hervat uiteindelijk zijn werk volledig en weet daarmee zijn baan te behouden. Na 3 maanden is hij nog altijd zeer tevreden over het bereikte resultaat en weet recidieven van zijn klachten op goede wijze te hantieren.

BESCHOUWING

Hoewel het uiteindelijk goed afgelopen is, weerspiegelt de gepresenteerde casus helaas de nog veel voorkomende realiteit: vaak wordt pijnrevalidatie in een (te) laat stadium van de klachten overwogen. De patiënt met specifieke pijnklachten en beperkingen in functioneren dient tijdig naar de revalidatiearts te worden verwezen, mede omdat met pijnrevalidatie voorkomen kan worden dat patiënten hun baan verliezen en/of een WIA-beoordeling moeten krijgen. Contact met de bedrijfsarts is van wezenlijk belang om tot een doelgericht revalidatie- en re-integratietraject te komen. Verwijzing kan door de huisarts en door de bedrijfsarts geschieden. De bedrijfsarts heeft daarbij de mogelijkheid tot directe verwijzing naar 13 revalidatiecentra die samenwerken in het project Vroege Interventie (www.vroegeinterventie.nl).

LITERATUUR

1. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003; 102: 167-178.

2. Picavet HS, Schouten JS, Smit HA. Prevalence and consequences of low back problems in the Netherlands, working vs non-working population, the MORGEN-study. *Publ Health* 1999; 113: 73-77.
3. Flor H, Fydrich T, Turk D. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain* 1992; 49: 221-230.
4. Cutler R, Fishbain D, Rosomoff H, et al. Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine* 1994; 19: 643-652.
5. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
6. Turner JA. Educational and behavioural interventions for back pain in primary care. *Spine* 1996; 21: 2851-2859.
7. Tulder MW van, Ostelo RWJG, Vlaeyen JWS, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; Issue 2: Art. No. CD002014.
8. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; Issue 1: Art. No. CD000963.
9. Karjalainen K, Malmivaara A, Tulder M van, et al. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 1999; Issue 3: Art. No. CD001984.
10. Karjalainen K, Malmivaara A, Tulder M van, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; Issue 3: Art. No. CD002193.
11. Karjalainen K, Malmivaara A, Tulder M van, et al. Biopsychosocial rehabilitation for upper limb repetitive strain injuries in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; Issue 3: Art. No. CD002269.
12. Karjalainen K, Malmivaara A, Tulder M van, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; Issue 3: Art. No. CD002194.
13. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes B. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. In: *Cochrane Library*, 1, 2003; Oxford: Update Software. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; Issue 1: CD001822.
14. Köke A, Brouwers M, Heuts P, et al. Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland. Maastricht: Pijn Kennis Centrum, 2005.
15. Main CJ, Sullivan MJL, Watson PJ. Pain management. Practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings. Second edition. Philadelphia, Pa.: Elsevier limited. 2008.
16. Waddell G. The back pain revolution. Second edition. Philadelphia, Pa.: Elsevier limited, 2004.
17. Reneman MF. Functional capacity evaluation in patients with chronic low back pain. Reliability and validity [thesis]. Groningen: Line up tekstproducties bv, 2004.

PERSONALIA

Drs. H.R. Schiphorst Preuper is revalidatiearts en dr. M.F. Reneman is coördinator wetenschappelijk onderzoek 'pijn en arbeid' bij het Ontwikkelcentrum Pijn Revalidatie, Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Haren.

Prof. dr. J.H.B. Geertzen is revalidatiearts bij het Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: h.r.schiphorst.preuper@cvr.umcg.nl.

NIEUWS

Behandeling van epilepsie kan beter

Ongeveer een derde van de ongeveer 120.000 epilepsiepatiënten in Nederland blijft last van aanvallen houden ondanks het gebruik van medicijnen. Dit aantal kan sterk verminderen als artsen gericht bloedspiegels van medicijnen controleren en beter meedenken over makkelijkere doseerregimes voor de patiënt.

Dat concludeert Kim Gombert-Handoko in haar proefschrift. Gombert-Handoko onderzocht patiënten met moeilijk te behandelen vormen van epilepsie. Zij vergeleek epilepsiepatiënten die met een ernstige aanval in het ziekenhuis kwamen, met patiënten die goed waren ingesteld en op controlebezoek kwamen.

In deze eerste groep was de bloedspiegel van de anti-epilepsiemedicijnen vaker te laag. Dit betekent dat artsen bij zulke moeilijk te behandelen epilepsiepatiënten gericht de bloedspiegel van medicijnen moeten blijven bepalen. Ze kunnen dan veel patiënten helpen door de dosis aan te passen als dat nodig is.

Een ander probleem bij epilepsiemedicijnen is het doseerregime. De medicijnen vergen een grote therapietrouw, vooral bij moeilijk behandelbare patiënten. Een keer een pil een paar uur later nemen, kan voor hen al een aanval tot gevolg hebben.

Bron: UMC Utrecht, 4 maart 2009 / Care4Cure